

28

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Mai 1895, à 1 heure.

F. FRANÇOIS,

Né à Corbie (Somme), le 15 septembre 1872.

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

à l'hôpital d'Amiens

ÉPIDÉMIE 1892-1893

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. LE DENTU.

*Agrégés : MM. { NÉLATON.
MARFAN.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

282

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Mai 1895, à 1 heure

F. FRANÇOIS,

Né à Corbie (Somme), le 15 septembre 1872.

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

à l'hôpital d'Amiens

ÉPIDÉMIE 1892-1893

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. LE DENTU.

*Agrégés : MM. { NÉLATON.
MARFAN.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FROIDURE,

Chef des travaux anatomiques à l'Ecole d'Amiens.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des Hôpitaux,

Président de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur.



AVANT-PROPOS



Une année d'internat à Amiens où nous avons fait la plus grande partie de nos études médicales, année passée principalement dans le service du docteur Huber, nous a permis d'observer de près le typhus exanthématique, surtout chez les femmes.

Nous prions notre ancien maître, le docteur Huber, de vouloir bien agréer l'expression de notre sincère et profonde reconnaissance pour les bons conseils et la bienveillance toute spéciale qu'il n'a cessé de nous témoigner.

D'autres maîtres d'Amiens, dont le souvenir nous est également cher, se sont plu, tout le temps que nous avons été sous leur direction, à nous instruire dès le premier jour de notre entrée à l'hôpital avec un soin tout particulier, s'attachant surtout à nous inculquer

les choses de pratique journalière qu'il nous est si indispensable de bien connaître, une fois livrés à nous-mêmes.

Qu'il nous soit permis, à ce titre, de remercier vivement MM. les docteurs Bax, Peugnier, Trépant, Dhourdin, et de leur exprimer ici toute notre gratitude.

Mais il en est un qui nous a aidé assidûment chaque jour dans le cours de nos études, et cela, à l'école, à l'hôpital, et tout autant au dehors : c'est le chef des travaux anatomiques, M. le docteur Froidure, que nous ne savons comment remercier, car il a été non seulement notre maître, mais aussi notre sincère ami. Aussi lui dédions-nous cette thèse, faible hommage de reconnaissance, en raison de ce qu'il a fait pour nous.

D'autre part, si nous avons pu compléter utilement, développer et parfaire nos connaissances médicales ainsi acquises, c'est certainement grâce à nos maîtres de Paris, dont la bienveillance à notre égard a dépassé ce que nous étions en droit d'espérer. Aussi, garderons-nous toujours une profonde reconnaissance à MM. les docteurs Roger, Richardière, Schwartz et à M. le professeur Pinard.

Nous prions M. le professeur Laboulbène de vouloir bien agréer l'expression de notre sincère reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.





PRÉFACE

Étant donné le peu de fréquence des épidémies de typhus en France depuis bon nombre d'années, rareté telle que, dans la majeure partie des hôpitaux, la maladie resta quelque temps méconnue lors de sa nouvelle apparition — beaucoup de médecins n'y songeant même pas au premier abord. — On pouvait espérer, en prenant cette maladie comme sujet de thèse, faire, non pas quelque chose de nouveau, bien entendu, mais y trouver encore quelques considérations cliniques à ajouter celles accumulées par nos devanciers.

Aussi, nous efforcions-nous, alors que nous étions interne à Amiens, de diriger nos observations dans ce sens. Mais depuis, sans parler des travaux des hygiénistes, plusieurs thèses ont paru sur ce sujet.

Tout dernièrement encore, alors que nous coordon-

nions les notes que nous avons recueillies, paraissait une thèse sur le typhus à l'hôpital Saint-Denis (J. Blois, février 1895).

Or, ayant revêtu à peu de chose près la même forme partout où il a sévi lors de la dernière épidémie, on trouvera forcément dans ces quelques pages, certaines considérations sans doute déjà énoncées ailleurs, surtout en ce qui a trait à la contagion, la transmission, etc.

Néanmoins, nous aimons à croire que les maîtres qui ont daigné nous faire l'honneur de présider et de juger cette thèse, voudront bien voir dans quelques répétitions probables et même indispensables, non pas des emprunts faits çà et là, mais bien simplement une coïncidence des résultats de nos observations personnelles avec ceux qui ont pu déjà être publiés.

Nous osons espérer que nos juges voudront bien comprendre que pour avoir été devancé, nous n'en avons pas moins continué à poursuivre notre sujet, déjà ébauché depuis un certain temps.

Pour ce qui est des courbes thermiques, et notamment de celles que nous avons cru utile de reproduire ici, nous pouvons en affirmer toute l'exactitude, ayant pris nous-même ces températures avec soin, point qui pourrait quelquefois prêter à discussion si, comme la chose arrive parfois, la tâche avait été laissée à des infirmiers surmenés et surchargés de besogne.





DEFINITION DU SUJET



Nous parlerons plus loin de l'origine première de l'épidémie, origine bretonne, d'après M. Netter, et nous ne citons que pour mémoire une thèse (Charlier, 1894) qui lui assigne une origine américaine.

Nous n'avons pas cru nécessaire non plus de publier ici, au complet, toute une suite d'observations, qu'il a été difficile de prendre rigoureusement, étant donné le flot de typhiques qui ont envahi l'hôpital à un certain moment et la pénurie d'élèves, puisque nous avons été seul, avec un externe, pour faire le service, tout le temps qu'a duré l'épidémie.

Prises isolément d'ailleurs, beaucoup d'observations, détaillées comme on le fait généralement, n'eussent offert qu'un médiocre intérêt.

Nous préférons faire une étude générale de l'épidé-

mie, vu le nombre assez considérable de malades observés, — raisonner en quelque sorte sur la masse et tirer les conclusions qui nous paraissent ressortir le mieux de cette vue d'ensemble.

Nous nous attacherons en particulier à établir les éléments du diagnostic différentiel avec la dotiènement.





L'ÉPIDÉMIE AU DÉBUT



Diagnostic différentiel avec la dothiéntherie.



Le typhus ne fut pas reconnu pour tel dès ses premières manifestations à Amiens.

Il n'a été que trop facile de constater, par un diagnostic rétrospectif, que l'épidémie sévissait déjà avec force en décembre 1892, alors que le service d'isolement ne fut institué qu'en février 1893, et encore le 23 février, c'est-à-dire plus de 2 mois après.

Il est vrai que l'administration, d'une lenteur tout particulièrement remarquable dans ses opérations, entre en cause, pour sa bonne part, dans ce retard apporté à la prise des mesures prophylactiques.

Néanmoins, à Amiens, comme presque partout, au dire même de ceux qui ont traité la question, c'est l'erreur de diagnostic qui doit être incriminée.

Or, là plus qu'ailleurs, l'erreur était facile.

C'est qu'en effet, la fièvre typhoïde règne à Amiens d'une façon tout à fait endémique, plus que dans beaucoup d'autres localités.

Il y en a couramment dans les services, chez les civils comme chez les militaires.

Cette fréquence est telle que le groupement de quelques symptômes classiques fait de suite songer à la dothiéntherie, et il est rare que l'évolution et la terminaison de l'affection ne viennent pas confirmer cette manière de voir.

C'est d'ailleurs la dothiéntherie qui a prêté le plus à confusion d'après tout ce qu'on peut lire à ce sujet.

Cependant, on avait bien remarqué que ces soi-disant fièvres typhoïdes, n'avaient pas, au point de vue de la thermométrie, la physionomie habituelle, et que surtout l'éruption revêtait un cachet tout spécial. Mais, comme dans quelques-uns des premiers cas observés elle se montra un peu discrète, tout concourait à induire en erreur : « C'est, disait-on, une épidémie de fièvre typhoïde qui revêt une forme toute particulière et a une virulence exceptionnelle. » Et, en effet, on était frappé de l'intensité des phénomènes nerveux.

Dans le service voisin du nôtre, peut-être s'acharnait-on moins après la dothiéntherie, mais par contre, on y discutait la rougeole.

Imbu de ces idées, on négligeait les quelques points qui auraient pu aider à faire le diagnostic différentiel.

Nous y reviendrons plus loin.

Néanmoins, — et nous nous faisons un véritable plaisir de le rappeler ici — c'est le docteur Huber, notre chef de service, qui émit le premier — bien avant qu'il ait été question d'isolement — l'idée de typhus exanthématique — obsédé par l'allure spéciale que revêtait l'épidémie. — Son idée ne fut pas admise sans conteste et se heurta, autant qu'il nous en souvient, au scepticisme de certains confrères.

Toujours est-il que les événements lui donnèrent pleinement raison, et, du reste, on ne tarda pas à entendre nettement affirmer l'apparition de typhus, au même moment, à Lille, Beauvais, Abbeville, etc.

Mais chez nous, dans la salle des hommes — les femmes ne furent atteintes que quelques semaines plus tard — l'effectif des malades augmentait, non seulement du fait des entrants, mais encore de ce que plusieurs convalescents, sur le point de sortir de l'hôpital, payaient leur tribut à la maladie.

Dans plusieurs relations d'épidémie de typhus, nous trouvons des exemples d'hospitalisés ainsi contaminés — entre autres, observations X, XIV, Charlier, 1894. — Laveran nous dit que pendant la guerre de Crimée la propagation dans une salle de malades se faisait de voisin à voisin.

Or, quelle que soit la théorie qu'on invoque pour expliquer le contagement dans les salles des hospitalisés, le fait n'en reste pas moins.

Au contraire, la majorité des auteurs s'accorde à considérer la chose comme rare en ce qui regarde la dotiémentherie ; et la preuve, c'est que presque partout, les malades atteints de fièvre typhoïde sont soignés, sans inconvénient pour les autres, dans la salle commune, tandis que, de l'avis de tous, on doit dans le premier cas, recourir immédiatement à l'isolement, sous peine de faire des victimes.

Aussi, pensons-nous que, lorsqu'à la suite de l'admission dans une salle, d'un individu présentant des symptômes typhiques, un ou plusieurs hospitalisés contractent manifestement la maladie, on doit déjà se tenir sur la réserve et penser au typhus dont bien des cas isolés doivent certainement être assez souvent méconnus.

De plus, c'est le cas de répéter ici ce que l'on dit souvent à propos de certaines maladies qu'on a peu l'habitude de voir couramment, et, pour ne citer qu'un exemple, la syphilis pulmonaire :

« Le tout est d'y penser ». Si l'idée en vient à l'esprit, cela peut suffire à éviter une erreur de diagnostic, à empêcher que l'on ne s'égare dans la seule voie qui paraisse libre au premier abord.

D'autre part, la façon dont on a été induit en erreur à Amiens, vérifie tout particulièrement, à propos du typhus, ce que l'on constate bien souvent, à savoir « qu'en clinique il ne faut pas avoir d'idée préconçue. »

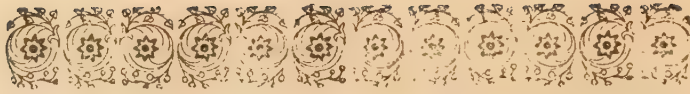
Dans le cas qui nous occupe, c'est la prédominance de l'idée « fièvre typhoïde » qui empêcha, en grande

partie, d'accorder aux symptômes regardés comme anormaux, toute leur valeur diagnostique différentielle.

Voyons donc sur quoi ont porté ces signes, en quoi ils ont consisté et quels furent les plus saillants d'entre eux.

Il va de soi que ceux-là qui ont paru le moins classiques, et s'accorder le moins avec l'idée de dotiènementtherie seront justement ceux que nous pouvons regarder, en quelque sorte, comme caractéristiques du typhus.





THERMOMÉTRIE



En premier lieu, suivant nous, vient la thermométrie. Chez presque tous nos malades, elle a été typique. De temps à autre, nous avons bien rencontré une courbe sans régularité, mais c'est l'exception.

D'ailleurs, pour avoir une idée de la physionomie présentée par la courbe thermique dans les cas de typhus que nous avons observés, considérons et comparons la liste suivante de température qui n'est que la copie du tracé provenant d'une série de femmes du service et que nous regardons comme caractéristiques.

Examinons la température qu'ont présentée chacune de nos malades au premier jour de leur entrée à l'hôpital. — Toutes atteignent 40 ou le dépassent, sauf la dernière, et encore, à 2/10 près.

La même remarque s'applique au deuxième jour. Si nous comparons maintenant les températures du matin et du soir, nous voyons que c'est vers le soir que se produisent les exacerbations. Mais l'écart entre elles n'est pas bien grand, non plus que celui d'un jour à l'autre.

Jusque vers le huitième jour où paraît un peu d'accalmie, les températures se sont maintenues à peu près dans les mêmes régions.

Mais passons au neuvième jour, sauf dans deux cas, nous ne voyons plus de températures supérieures à la normale; et, au onzième jour, nous n'en trouvons plus une seule alors que toutes le sont encore au huitième.

D'autre part, on peut remarquer que la température qui précède immédiatement le retour à la normale lui est toujours au moins supérieure de un degré.

Enfin, vers le quatorzième jour et les jours suivants, la majeure partie des températures sont plutôt inférieures à la normale.

Or, à quelques exceptions près, toutes les autres feuilles de température sont calquées sur le même modèle.

Nous pouvons donc dire d'après cela que :

— Dès les deux premiers jours de l'entrée à l'hôpital, sinon de la maladie, car la période prodromique est de très courte durée, la température atteint son maximum.

— Les variations entre les rémissions matinales et les exacerbations vespérales, comme les variations de

température d'un jour à l'autre, ne diffèrent, dans beaucoup de cas, que de quelques dixièmes de degré.

— La défervescence, quand elle se fait, a lieu généralement le neuvième jour et toujours du neuvième au douzième.

— Si cette défervescence ne peut être caractérisée de brusque dans tous les cas, elle est du moins « franchée », c'est-à-dire qu'elle ne procède pas par dixième de degré, mais bien par un degré à la fois, et, souvent, beaucoup plus...

— Un peu d'hypothermie est la règle dans les premiers temps de la convalescence.

Or, à part cette question d'hypothermie et la coïncidence du moment des rémissions, les choses se passent-elles ainsi dans la dotiémentherie ?

Certainement non.

Nous trouvons en effet partout, comme caractérisant sa thermométrie :

Un stade d'oscillations ascendantes.

Autrement dit, le malade met presque une semaine à atteindre sa température maxima.

Un stade d'oscillations stationnaires.

Un stade d'oscillations descendantes.

Ce mot d'oscillation montre assez qu'il ne s'agit généralement pas d'un écart de quelques dixièmes de degré entre deux températures voisines.

Enfin, on dit couramment dans la fièvre typhoïde : « La fin de la troisième semaine marque le début de la

défervescence. ». Nous sommes donc loin du neuvième ou du douzième jour.

Quand cette défervescence se produit, elle procède bien souvent par dixième de degré.

« Le malade descend la rampe. » Lorsqu'elle se produit un peu brusquement, on redoute souvent une hémorrhagie.

	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e
	jour	jour	jour	jour	jour	jour	jour	jour
A. Matin ...	38.2	39.8	39	39.4	40.2	39.5	39.2	39.5
Soir... ..	41	40.7	40	40.4	39.7	39.5	39.7	39
B. Matin ...	38.7	40.1	39.8	40.8	39.1	38.9	38	37.8
Soir.....	40.6	40.6	40.8	40.2	40.5	39.6	38.4	37.3
C. Matin ...		39.5	38.3	37.8	38.2	38	37.8	38
Soir.....	40.2	39.4	38.5	38.4	38.5	39	38.8	37.8
D. Matin ...		39.2	39.3	39.9	38.2	40	38.9	38.8
Soir.....	40	40.1	38.7	39.6	39.8	39.2	40.9	39
E. Matin ...	40	39.8	40.3	39.6	38.8	38.5	39.2	38.8
Soir.....	40.4	40.5	40.3	40	39.5	40.5	40	39.8
F. Matin ...		40	39.5	40	39.6	39.4	38.8	38
Soir.....	40.8	40.4	40.4	40.5	40.3	39.7	38.6	38.5
G. Matin ...	39.4	40.2	39.8	40	39.8	39.8	39.9	39.6
Soir.....	40.4	40.3	40.6	40.6	40.2	39.9	40.5	40.2
H. Matin ...	39	39.8	39.5	39.4	39.3	39.2	38.2	37
Soir.....	39.8	40.5	40	40	39.2	39.4	39.2	37.8

9 ^e jour —	10 ^e jour —	11 ^e jour —	12 ^e jour —	13 ^e jour —	14 ^e jour —	15 ^e jour —
37.4	37.1	37	36	37	36.4	36.5
38.2	37	37.2	37.2	36.5	36.5	36.5
36.4	37.2	36.5	36.8	37.2	37.3	36.5
37.2	36.8	36.8	36.8	36.2	36.8	36.6
37.6	36.9	37.2	37.2	37.6	36.5	37.3
37.8	37.2	37.6	37.5	37.4	37	37.1
37.2	37.8	36.4	36.8	37	36.5	36.4
38.5	38.2	36.2	37.1	37	36.7	36.3
39	36.5	36.5	36.7	36.5	37.3	36.5
37.6	36.2	37.1	37	36.5	37.3	36.5
37.1	37.3	36.5	36.5	36.5	37	37
38.1	36.7	36.5	37	37.3	37.5	37
39.6	39.4	38.3	37.6	36.6		37.2
40.2	40	37.5	37.6	37.2		36.5
38	37	36.6	36.5	36.5		
37.4	36.7	37	36.5	36.5		...

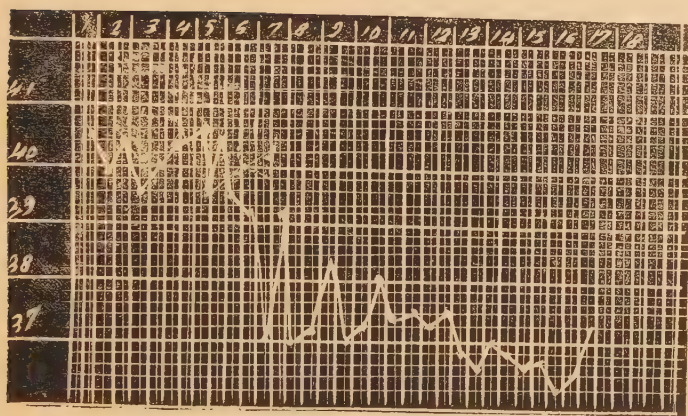
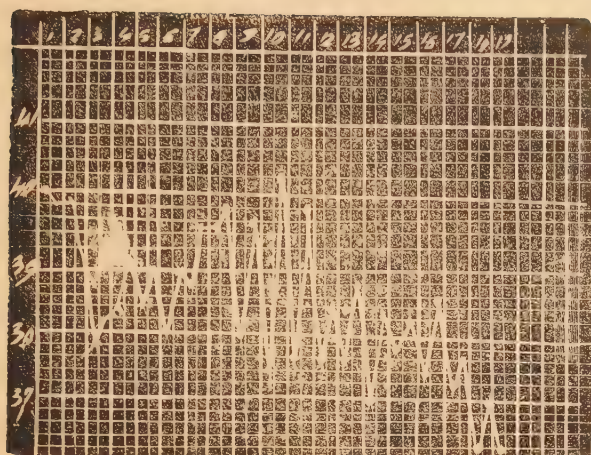
Mais, l'étude de la thermométrie du typhus ne serait pas complète si nous nous en bornions là. Aussi, croyons-nous utile de reproduire les quelques tracés qui suivent.

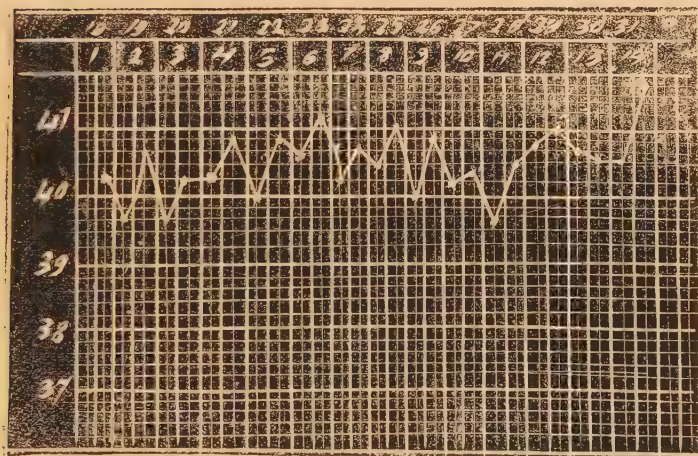
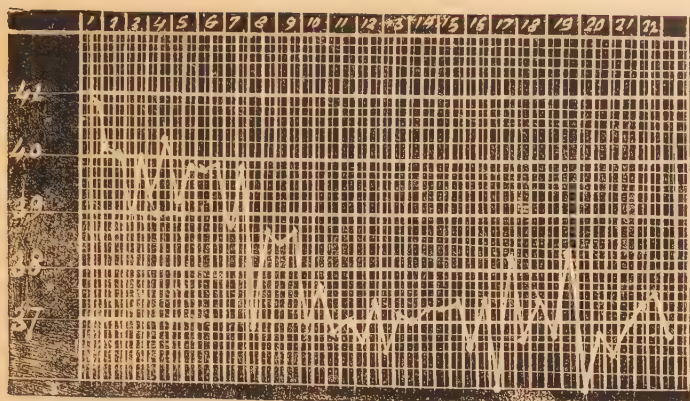
Sur eux, comme sur les précédents, nous pouvons vérifier plusieurs des remarques faites précédemment. Mais en ce qui concerne les écarts de température, ces tracés semblent nous démentir ou tout au moins faire exception. Nous pouvons y constater par place un abaissement brusque de un ou de plusieurs degrés suivi immédiatement d'une réascension.

Ce sont les encoches en V signalées par Combemale. On peut les rencontrer au voisinage de la défervescence comme aussi avant. Nous avons eu souvent l'occasion de les constater, et pour n'être pas constantes, elles n'en sont pas moins un des cachets thermiques spéciaux au typhus.

Il est d'autant plus important de les bien connaître qu'on peut les voir se produire à toutes les périodes de la maladie et elles pourraient devenir matière à erreur pour qui n'en serait pas prévenu.

C'est ainsi que, si l'on se trouve en présence d'un individu incapable de vous renseigner suffisamment sur le moment précis où a débuté sa maladie, — la chose s'est présentée maintes fois chez nous, — on peut être tenté, au premier abord, de prendre cet abaissement brusque de température pour une défervescence que viennent démentir les températures du lendemain et des jours suivants, ou bien, si l'on a administré du





sulfate de quinine, on met la modification thermique sur le compte du médicament

Si l'on a affaire à un malade dont l'encoche coïncide à peu près avec le moment de la défervescence, la réascension vous surprend ; et, comme ces sortes de « sauts de chèvre » ne sont pas rares chez les individus atteints de dotiémentherie, à l'époque de leur convalescence, — fatigue plus grande les jours de visite à l'hôpital, aliments quelconques pris en cachette alors qu'ils sont encore à la diète, — on est tenté de raisonner par analogie et l'on presse de questions le malade et son entourage espérant trouver l'explication du fait.

Quant à vouloir faire de ces encoches comme l'ont fait certains auteurs un signe pronostic défavorable, c'est une chose sur laquelle nous ne pouvons nous prononcer catégoriquement.

Evidemment, avant tout, nous préférons, au point de vue du pronostic, la courbe type telle que nous l'avons décrite plus haut.

Mais si, d'une part, nous avons rencontré les encoches chez des malades qui ont succombé, nous les avons rencontrées aussi d'autre part chez des malades qui ont guéri. (Moment de la défervescence.) En outre, nous ferons remarquer qu'elles ont manqué dans un de nos cas les plus graves, pour ne pas dire le plus grave, et qu'elles ont été très peu nettes dans deux autres cas également graves, ces trois cas s'étant terminés par la mort.

Or, comme on peut le voir plus loin, le premier de

ces malades, un homme, s'est maintenu quatorze jours entre 40 et 41 et finit par atteindre presque 42.

Le second, une femme, dix-sept jours entre 39 et 41. Aussi, en admettant que l'on puisse établir en partie la gravité du pronostic d'après la feuille de température, nous serions plutôt disposé à regarder comme graves les courbes dans lesquelles la défervescence ne se produit pas dans les conditions indiquées plus haut et surtout, quand arrivé au onzième ou douzième jour, le malade plane dans des régions aussi hautes qu'au début.

Outre ces malades dont nous avons transcrit les feuilles ici, nous en avons eu deux autres qui se sont maintenus entre 40 et 41 durant neuf jours et qui sont morts tous deux.

Mais nous sommes loin de vouloir ériger en règle absolue qu'une série de températures élevées se maintenant au-delà du 11^e jour sont d'un pronostic fatalement défavorable, puisque nous avons eu un malade qui a très bien guéri après avoir présenté 14 jours de températures élevées, savoir :

10 entre 40 et 41°.

4 entre 39 et 40°, et encore, beaucoup plus près de 40 que de 39°.

Il est vrai que c'est le seul cas de ce genre que nous ayons observé, et que « les exceptions qui confirment la règle » ne sont pas chose rare en clinique, tant s'en faut.



ÉRUPTION

Ce ne fut pas seulement le thermomètre qui vint imprimer son cachet à l'épidémie.

Une autre manifestation contribuait largement à dénaturer nos prétendues fièvres typhoïdes : nous voulons parler de l'éruption. Nous ne nous y attarderons pas, car elle a déjà fait l'objet de descriptions nombreuses et détaillées.

Comme l'éruption dotiënenthérique, elle débute bien par les flancs, puis envahit les membres et le tronc. Mais, chez beaucoup de malades que nous avons observés, les taches étaient violacées, ne s'effaçant à la pression qu'au début — la partie centrale persistant dans la suite.

Dans la majeure partie des cas, elles atteignaient le diamètre d'une lentille.

On dit généralement que les mains, les pieds et le

visage sont respectés; une de nos malades, cependant, fit exception, puisque pas une partie du corps chez elle n'échappa à l'exanthème.

Non seulement, la nature de l'éruption n'est pas la même, mais le moment de son apparition est sensiblement différent.

En effet, nos entrants n'étaient pas là depuis 3 jours que l'éruption commençait à se montrer.

Toujours nous l'avons notée dans les 6 premiers jours. Or, dans la dotiènementtherie, les taches rosées n'apparaissent que du 8^e au 15^e jour.

L'exanthème est donc encore un précieux élément de diagnostic.





TROUBLES NERVEUX



En même temps que de la précocité de l'éruption, nous étions frappé de la précocité et du rapide développement des troubles nerveux.

Ces manifestations nerveuses étaient d'autant plus accentuées que les malades étaient plus gravement atteints.

Ils ont présenté leur maximum chez les malades dont les hautes températures se sont maintenues le plus longtemps. Chez ceux qui ont succombé, ils sont arrivés, en quelque sorte, à masquer les autres symptômes.

Au début, les malades ne se plaignent que de céphalalgie, de courbature, de lassitude, d'insomnie. Mais bientôt survenait la prostration, et les malades demeurent

raient étendus sur le dos, hébétés, presque inertes, les yeux hagards.

Le malade a peine à répondre aux questions qu'on lui pose ; un vide semble s'être fait dans son esprit, et, dès les premiers jours déjà, la mémoire est troublée, les souvenirs sont des plus confus. Nous avons eu maintes fois l'occasion de l'observer lorsque nous questionnions les individus au sujet du début de leur maladie, à propos de leur gîte, surtout lorsqu'on voulait leur faire donner des détails sur l'itinéraire qu'ils avaient suivi.....

En même temps que ces troubles, sauf pourtant dans quelques cas bénins, nous constatons des soubresauts des tendons, puis aussitôt apparaissait le tremblement.

Débutant souvent par la langue, il atteignait ensuite les mains et finissait par s'étendre aux lèvres et à tous les muscles de la face. — Il n'est pas jusqu'aux yeux qui, chez certains malades, n'aient été agités de mouvements incessants de va-et-vient, d'élévation et d'abaissement.

On constatait également des mouvements d'élévation des ailes du nez, et cela, sans dyspnée, — surtout, quand l'issue devait être fatale, le tremblement, très précoce, s'accroissait de jour en jour. Il avait, entre autres caractères, d'être intentionnel, s'exagérant considérablement si le malade voulait se servir de ses mains ou parler.

Les lèvres et la langue tremblaient au point que la parole n'était plus qu'un bredouillement inintelligible,

et que, même au repos, les malades semblaient marmotter incessamment.

Nous avons observé le tremblement dans toute son intensité déjà, tout à fait dès les premiers jours de la maladie, chez des individus ayant encore bien conscience de ce qui se passait autour d'eux. — En effet, beaucoup d'entre eux voulaient nous prendre les feuilles de température des mains pour se rendre compte. Et, à l'occasion de l'effort tenté, le tremblement s'exagérait considérablement.

Le délire a été très fréquemment observé, surtout dans les cas graves.

Nous avons noté un cas d'aphasie chez une femme. — Le premier jour, la malade ne parlait que d'une façon tout à fait incompréhensible. Et du lendemain jusqu'au moment de la défervescence, elle ne prononça jamais le moindre mot. Nous ne pûmes avoir le moindre renseignement à son sujet, et il nous fut impossible par là même, d'établir son observation. — Sa courbe thermique ne présenta d'ailleurs aucune particularité digne d'être notée. Cette femme guérit très bien et toute trace d'aphasie disparut avec la fièvre.

Evidemment, les troubles nerveux ne manquent pas dans la dotiènentherie, et la maladie peut, nous le savons, revêtir la forme ataxo-adiynamique. — Mais les manifestations nerveuses ne font pas toujours partie intégrante de la fièvre typhoïde, et surtout elles se montrent de préférence tardivement.

Au contraire, comme nous le disions plus haut, la

précocité des troubles nerveux semble avoir été la règle chez nos malades.

Thermométrie, éruption. troubles nerveux, tels sont les trois grands points qui nous ont d'abord frappé dans l'épidémie.





AUTRES SYMPTOMES



Il est encore d'autres signes, qui, pour n'être pas aussi saillants ni aussi réguliers, n'en ont pas moins leur importance.

Ainsi, les épistaxis ont été assez rares, mais en revanche, les malades se plaignaient d'avoir ou d'avoir eu un peu de mal de gorge.

Beaucoup ne le déclaraient pas spontanément, mais presque tous l'accusaient si on pensait à les questionner dans ce sens.

A l'examen, on constatait de l'angine à divers degrés, depuis la simple rougeur jusqu'aux exsudats diphtéroïdes — exsudats qui prirent un tel développement chez un malade, qu'on dut pratiquer la trachéotomie.

Disons en passant que ce malade guérit et sortit de l'hôpital avec sa canule.

La constipation est généralement la règle. Tous les auteurs ne sont cependant pas d'accord sur ce point. — En ce qui nous concerne, c'est toujours la constipation que nous avons observée, surtout au début. — La diarrhée n'est jamais apparue chez nos malades, sinon dans les derniers jours et principalement dans les cas graves où elle a été de règle sur la fin.

En général, nos typhiques n'avaient pas de selles spontanées et seuls, les lavements au benzo-naphtol qu'on leur administrait chaque jour, provoquaient quelques évacuations peu abondantes et excessivement fétides.

D'autre part, détail assez intéressant, nous avons toujours noté chez nos malades une douleur très nette, exaspérée par la pression, au niveau de la fosse iliaque gauche, à la hauteur de l'S iliaque et que nous croyons devoir attribuer à l'accumulation des matières fécales, résultat de la constipation.

Evidemment, la constipation ne peut avoir de valeur diagnostique qu'à la condition d'être associée à quelques-uns des symptômes énumérés précédemment, — auquel cas elle mérite attention.

Sans vouloir abuser des rapprochements ou plutôt des antithèses, on pourrait cependant encore mettre en opposition la douleur de la fosse iliaque gauche dans le typhus avec la douleur et le gargouillement classique de la fosse iliaque droite dans la dotiëntherie.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence l'odeur typhique déjà observée par bon nombre d'auteurs. En effet, chez tous nos malades elle n'a jamais manqué,

et cela, à tel point qu'à la consultation nous en étions arrivés à faire le diagnostic rien que par l'odorat.

Nous ne pouvons mieux comparer cette odeur qu'à celle d'urine de souris, quand on ouvre un placard où ces petits animaux ont fait leur nid, ou encore à l'odeur que répandent de vieilles défroques après avoir reçu un peu de pluie.

Tout ce qui entourait le malade était imprégné de cette odeur qui s'exagérait naturellement quand il était en sueur.

Malgré la désinfection, plusieurs mois après l'évacuation des salles d'isolement, l'odeur persistait encore comme au premier jour.

Tel est donc, en résumé, l'ensemble des points qui venaient dénaturer nos prétendues dotiënnetheries.

En les groupant, on peut arriver, il nous semble, à y trouver un ensemble de manifestations propres au typhus.

Nous ferons remarquer maintenant que le plus jeune de nos sujets avait 3 ans et le plus vieux 77 ans, que, de plus, nous trouvons tous les intermédiaires entre ces deux âges extrêmes — intermédiaires représentés par des gens tous plus débilités les uns que les autres. —

Là encore, nous sommes donc bien loin de la dotiënnetherie que les auteurs nous montrent comme étant avant tout une maladie de gens jeunes et vigoureux.

Ajoutons à cela qu'en quinze jours les malades avaient généralement parcouru le cycle de leur maladie, pouvant manger sans inconvénient presque aussitôt la

défervescence accomplie, marchant à grands pas vers une convalescence rapide et, en général, exempte de complications.

Ce n'est certes pas là, la manière de procéder de la fièvre typhoïde avec ses trois septénaires, ses rechutes imminentes pour une imprudence même légère en apparence, sa convalescence longue et périlleuse.





COMPLICATIONS



Sauf une rechute, le cas nécessitant la trachéotomie que nous avons signalée, une parotidite suppurée qu'il nous a été impossible de suivre — puisque la malade était une religieuse — quelques broncho-pneumonies, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de complications.





LES FOYERS DE CONTAMINATION



Vu l'erreur de diagnostic qui avait été commise au début, on ne pensa pas à s'enquérir de la provenance des premiers malades.

Mais quand on vit le nombre des typhiques s'accroître de jour en jour, la pensée d'une source commune se présenta tout naturellement à l'esprit, et on s'efforça de chercher dans ce sens.

Il fut bientôt évident que tous nos premiers entrants sortaient de l'asile de nuit.

Cet asile de nuit où les règles les plus élémentaires de l'hygiène étaient violées se trouvait situé en haut d'un des faubourgs d'Amiens.

Il était dirigé par un prêtre, l'abbé C..., qui semblait se faire un point d'honneur d'avoir une nombreuse clientèle.

Sans se soucier du nombre d'individus que pouvait contenir le local, on n'y refusait personne, au risque d'être obligé d'empiler le monde sur la paille.

Aussi, certains de nos malades se vantaient-ils de sortir de « la salle d'épuration » de l'asile.

Quand le directeur ne savait plus qu'à faire de ses hôtes, il choisissait, comme en temps ordinaire, d'ailleurs, les plus malingres et les plus débiles pour les diriger sur l'hôpital.

Bien que nous n'ayons jamais pu savoir au juste quelle cuisine on pouvait faire dans cette maison, il n'y en avait pas moins un cuisinier. Ce fut une des premières victimes qui, du reste, succomba. Le directeur de l'asile, l'abbé C..., ne fut pas épargné non plus, et mourut, lui aussi.

Tout ceci revient à dire que l'asile de nuit où se donnaient rendez-vous tous les vagabonds, les rôdeurs et les meurt-de-faim de plus de quinze lieues à la ronde, fut le point de départ de l'épidémie et devint un véritable centre d'infection d'où se mirent à rayonner les individus contaminés.

On se heurta à une énergique opposition quand il s'agit d'obtenir la fermeture de cet asile, ce à quoi on arriva pourtant.

Cependant, il fallait bien que les nouveaux arrivants et les habitués trouvassent un gîte ailleurs.

Avant sa fermeture définitive, alors qu'il était plus que comble, les voyageurs n'y faisaient qu'une halte, juste le temps de se contaminer et d'emporter avec eux les germes infectieux.

Puis, ils s'occupaient d'aller chercher un gîte ailleurs. — Ils affluèrent à l'Hôtel de Ville, où moyennant 0 fr. 30 on leur délivrait des billets de logement tous à la même adresse, — au 83 de la rue Haute-des-Tanneurs.

Cette rue, une des plus infectes d'Amiens, située dans les bas quartiers derrière l'hôpital, dans la partie la plus malsaine de la ville, remplaça l'asile de nuit, et devint le rendez-vous des individus infectés. — Chaque jour, de nouveaux arrivants s'y venaient contaminer avec une régularité désespérante. — Cela n'étonnera personne quand on saura qu'en ce nouveau domicile on les empilait plusieurs dans la même chambre, et qui mieux est, plusieurs dans le même lit.

L'on ne fit donc que transplanter le centre de contamination. — Les malades avaient moins loin pour venir à l'hôpital et c'est tout.

Pendant une quinzaine de jours, chaque entrant à qui l'on posait la question, nous répondait infailliblement : « Je viens de la rue Haute-des-Tanneurs. »

Dès lors, les rues avoisinantes commencèrent à donner. — Le typhus entre dans plusieurs maisons, et toute la famille y passe.

C'est le cas de répéter avec La Fontaine : « Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés ». — C'est ainsi qu'en moins de 3 jours se trouvaient réunis à l'hôpital, le père, la mère, les enfants et les voisins.

Heureusement, la maladie ne franchit pas le quartier,

et, dans la ville même, on n'eut pas d'occasion d'en observer.

Mais au bout de quelque temps, le typhus se mit à recruter ses victimes parmi le personnel de l'hôpital.

Si maintenant, nous recherchons tant au point de vue social qu'au point de vue professionnel, les conditions dans lesquelles se trouvaient nos malades, voici ce que nous trouvons :

D'une façon générale, et c'est d'ailleurs ce qui a été observé de tout temps, la grande majorité se composait d'individus sans profession, de vagabonds, de mendiants dont le nombre est véritablement prodigieux dans le département de la Somme.

Ceux qui se piquaient d'exercer une profession étaient des nomades se disant rétameurs, raccommodeurs de parapluies, faiseurs de paniers ,etc..., la plupart, des propriétaires de maisons roulantes qu'ils avaient abandonnées sur la route, n'ayant plus la force de les trainer, car tous n'avaient pas de cheval, tant s'en faut.

Les gens d'Amiens, eux, étaient des ouvriers de fabrique vivant misérablement.



DES ORIGINES DE L'ÉPIDÉMIE

Nous avons dit qu'au début on ne s'attacha pas à rechercher le point de départ des premiers malades et l'itinéraire qu'ils avaient suivi : ce point eût été évidemment le plus intéressant à étudier. On fit bien quelques recherches plus tard, mais on ne put recueillir aucun renseignement précis; certains même, fournis par les malades, étaient contradictoires. Aussi, au premier abord, si l'on ne remonte pas plus loin qu'au foyer apparent, l'asile de nuit, serait-on tenté d'admettre le développement spontané du typhus qui serait né en quelque sorte sur place. Mais, pour peu que l'on soit convaincu de l'existence d'un agent spécifique, on ne peut s'en tenir là; tout au plus, étant donnée la persistance en quelque sorte indéfinie du contagé, pourrait-on admettre que les nomades portaient depuis longtemps avec eux, des germes restés jusque-là silencieux, qui n'attendaient qu'un

milieu favorable pour éclore et que ce milieu a été réalisé, on ne peut mieux, à l'asile de nuit.

D'ailleurs, le mépris des règles les plus élémentaires de l'hygiène, la malpropreté, l'encombrement qui sont autant de causes favorisant le développement du typhus, réalisent également — cela va de soi — les meilleures conditions pour la conservation de son germe ; aussi, le typhus qui ne sévit en général qu'à l'état d'épidémie, est-il cependant endémique en certains endroits et, entre autres en Irlande. Il l'est aussi chez nous, d'après M. Netter, en Bretagne, dans le Morbihan et le Finistère, dont les fermes et leurs habitants jouissent d'une réputation de malpropreté et même de misère en quelque sorte légendaires.

Le typhus dort là, donnant lieu tantôt seulement à des cas isolés, tantôt à une petite épidémie ; alors le germe morbide a ~~grande chance~~ pour être transporté au dehors, d'autant plus ~~que l'on~~ admet qu'il est transmissible par des personnes saines, — les exemples ne manquent pas, — voire même par des objets inertes. Que ce germe rencontre l'ensemble de circonstances favorables dont nous avons parlé plus haut et une épidémie se déclare.

Or, il existe en Bretagne des foyers de typhus en activité, dans l'arrondissement de Morlaix et de Guingamp, d'après M. Netter. D'après lui, le typhus a sévi à titre d'épidémie du mois de juin au mois de septembre 1892, dans la commune de Carnoët.

De plus, il a été rencontré dans plusieurs hôpitaux

des typhiques d'origine bretonne, un entre autres, contaminé sur la route du Mans, est entré à Amiens le 31 mars.

Enfin, beaucoup de Bretons, dit M. Netter, pour aller à Paris ou dans le Nord, commencent par se rendre de Morlaix au Havre ou à Honfleur, et ce serait en longeant les deux rives de la Seine que le typhus aurait envahi le Nord de la France. La route, suivie par les propagateurs du typhus, ne serait donc pas celle de Bretagne à Paris (voie de Brest) mais, au contraire, celle de Normandie à Paris. En tout cas, quelques-uns de nos malades étaient des Bretons.





LES CAUSES PRÉDISPOSANTES



D'après ce que nous pouvons lire, c'est dans les bagnes, dans les prisons, dans les armées, surtout chez les soldats mal nourris, à bord des navires, dans les villes assiégées, durant les années de disette, que se développe de préférence le typhus.

Nous croyons inutile d'insister sur l'encombrement et les conditions hygiéniques défectueuses auxquels tous ces malheureux furent soumis. Ce que nous avons raconté plus haut doit suffire.

Ajoutons seulement que l'hygiène domestique des maisons avoisinant la rue Haute-des-Tanneurs ne le cédait en rien à celle de la maison-mère.

Il est même surprenant que le quartier Saint-Leu n'ait pas été plus éprouvé.

Misère et encombrement, ces deux facteurs qu'on trouve toujours signalés au premier plan dans toutes

les relations d'épidémie de typhus n'ont donc pas manqué à Amiens.

Le manque d'hygiène et la nourriture défectueuse ont donc présidé comme partout à la dissémination du typhus, qui, on peut le voir est resté bien cantonné autour de chacun de ces foyers : l'asile de nuit, le 83 de la rue Haute-des-Tanneurs. Les rues avoisinantes et l'hôpital étant les seuls endroits de la ville qui nous aient fourni des malades.

Or, nous croyons pouvoir avancer que tous ces individus étaient en état de réceptivité morbide manifeste.

Il est un fait passé maintenant en quelque sorte à l'état d'axiome, quand il s'agit de maladies contagieuses, c'est qu'en dehors des causes essentielles, l'état de réceptivité joue un rôle prépondérant.

Or, d'après ce que nous avons observé, il n'est pour ainsi dire pas une maladie où l'état de réceptivité soit aussi manifeste et aussi évident que dans le typhus.

Dans bien des affections, on l'admet, on l'incrimine, mais il s'en faut qu'il soit toujours flagrant.

Ainsi par exemple : voici dans la même maison deux individus bien portants en apparence, vivant absolument dans les mêmes conditions. L'un va être atteint de dotiëntherie alors que l'autre va y échapper. Et pourtant, le premier est robuste, vigoureux. On ne trouve ni dans son passé ni dans son présent rien qui puisse expliquer son état de réceptivité. Elle n'en existe pas moins certainement.

Ainsi, qu'entre autres, la barrière épithéliale de son intestin ait présenté quelque défaut, nous n'en doutons pas, mais il est toujours un fait qu'il est impossible de vérifier.

Dans le typhus, au contraire, presque toujours, sinon toujours, nous avons pu constater l'état de moindre résistance à l'agent infectieux.

Nous savons bien qu'on ne peut discuter l'état de réceptivité de tous ces malheureux sans nourriture et sans gîte, — tous atteints de misère physiologique au plus haut degré et beaucoup entachés d'habitudes d'ivrognerie.

Mais, dira-t-on, que présentaient donc les autres malades de si évident au point de vue qui nous occupe.

— Voyons quels ils furent ?

Des hospitalisés. Des infirmiers. D'autres gens du personnel servant. Des religieuses.

Pour les hospitalisés, la chose ne fait pas de doute, et si un individu offre un « *locus minoris resistentiæ* », ce doit bien être certainement celui qui est à peine convalescent d'une maladie, si bénigne qu'elle soit.

Passons aux infirmiers. L'administration toujours peu soucieuse de se créer de nouveaux frais n'avait augmenté son personnel que d'une façon absolument dérisoire. On comprend sans peine le surmenage infligé par le flot de malade qui encombra l'hôpital.

Etant toute la journée en contact avec les infirmiers, il nous était tout particulièrement donné de connaître au juste leur manière de vivre. Tous étaient des

alcooliques avérés, — et tous ceux qui furent contaminés furent précisément ceux qui redoublèrent encore leurs excès d'alcool, à titre de préservatif.

Ils mangeaient d'une façon tout à fait irrégulière. Maintes fois, nous les avons vu n'avoir pas encore déjeuné après une heure de l'après-midi, se rejetant surtout sur le vin, le café, le rhum et le genièvre bus à pleine tasse.

Celui d'entre eux qui tomba le premier était un ancien garçon d'amphithéâtre, alcoolique au suprême degré, d'une maigreur extrême. Il ne mangeait pas 200 grammes de pain par jour, mais il buvait tant plus.

Parmi les infirmières, une seule fut contaminée et mourut. Ici, nous n'avons pas à incriminer les excès d'alcool et le reste. Mais, qu'il nous suffise de faire remarquer que cette fille très peu développée, de taille bien au dessous de la moyenne, rachitique, porteuse d'une gibbosité, avait fait, plusieurs années auparavant, une fièvre typhoïde excessivement grave, avec hémorrhagies abondantes, était restée toujours un peu msladive et était très mal secondée dans le service de la salle.

Les autres gens du personnel servant ne le cédaient en rien aux infirmiers au point de vue de l'alcoolisme.

Parmi eux, deux alcooliques des plus avérés ne tardèrent pas à contracter la maladie. C'étaient un vieux balayeur qui ne sortait jamais sans revenir ivre et un veilleur de nuit que nous n'avons jamais vu qu'entre deux vins. L'année précédente, étant plus

ivre que de coutume, il s'était justement fait une fracture de l'omoplate en tombant dans un escalier. Consécutivement il eut des accidents pulmonaires.

Quant aux religieuses, on ne peut nier que leur régime et leur façon de vivre ne soient débilitants — surtout lorsqu'elles entrent en fonction — se trouvant pour la première fois confinées au milieu de malades et que brusquement une révolution s'opère dans leurs habitudes.

Aussi, les néophytes ne furent-elles pas épargnées — entre autres une toute jeune qui, déjà bien avant l'épidémie, avait considérablement maigri et pâli — et cela, après quelques semaines de séjour dans la salle qui venait de lui être récemment confiée.

En revanche, pas un médecin, pas un étudiant, pas pas un employé de l'administration ne contracta la maladie.

Dans une thèse récemment parue, on cite le cas d'un étudiant qui prit le typhus en regardant faire une autopsie, mais on ne donne aucun détail sur sa constitution et sur son état de santé. — Par contre, nous-même avons disséqué à notre insu et impunément des individus morts certainement du typhus, — cela, au début de l'épidémie, alors que le diagnostic n'avait pas été porté.

Nous n'avons point la prétention de nous lancer dans les théories, — nous nous contentons de citer des faits — mais il nous semble qu'on ne puisse se refuser à reconnaître l'état de réceptivité de nos malades.

Ajoutons, pour éclaircir les choses, que la contami-

nation fut tout particulièrement favorisée non seulement par le retard qu'on apporta à établir l'isolement, mais encore dans la suite par son fonctionnement défectueux.....

En effet, au début, les convalescents se promenaient dans les couloirs, descendaient au jardin, traversant tantôt une salle, tantôt une autre, et causant avec d'autres malades.

De plus, il arrivait souvent qu'un malade entrait à l'hôpital dans le courant de la journée. On lui donnait un lit dans l'un des services de médecine, suivant le jour de consultation — à la contre-visite, nous nous apercevions que le malade était atteint de typhus, et seulement alors, on le faisait descendre à l'isolement.

On comprend aisément les résultats que ce dernier peut donner, appliqué dans de semblables conditions.



STATISTIQUE

Toutes ces demi-mesures eurent pour résultat de réunir plus de 115 cas de typhus avéré, ainsi répartis :

24 cas chez les femmes, plus 4 religieuses, soit 28 cas.

87 chez les hommes, savoir :

De 1 à 10 ans.....	7 cas.
De 10 à 20 ans.....	15
De 20 à 30 ans.....	23
De 30 à 40 ans.....	19
De 40 à 50 ans.....	22
De 50 à 60 ans.....	17
De 60 à 70 ans.....	7
De 70 à 80 ans.....	1

Total..... 111 cas.

Plus 4 religieuses dont nous n'avons pu savoir l'âge exactement.

Sur ces 111 malades, 30 au moins venaient de l'asile de nuit, 25 environ de la rue Haute-des-Tanneurs, 2 de la prison des Grands-Chapeaux, 18 de l'hôpital : 9 employés, 4 sœurs, 5 malades. Le reste avait erré un peu partout et il n'a pas été possible d'établir au juste d'où ils arrivaient et l'itinéraire qu'ils avaient suivi.

Ce chiffre de 115 cas n'a rien qui doive nous surprendre puisque, d'après les propositions formulées par Murchinson :

« Le nombre des cas de typhus dans une maison ou une localité est en raison directe des rapports entre individus sains et malades.

« Des individus habitant des localités où la maladie est inconnue, contractent le typhus en allant visiter des malades d'une localité éloignée. »





PRONOSTIC



Sur les 4 religieuses, 3 sont mortes.

Sur les 24 femmes, 8 sont mortes.

Sur 87 hommes, 39 sont morts.

Ceci nous donne, par conséquent, comme moyenne de mortalité :

Hommes.....	45 o/o
Femmes.....	39 o/o

La mortalité a donc été moindre chez les femmes que chez les hommes.

Si nous considérons les décès à un autre point de vue, voici les résultats fournis par notre statistique :

Sur	7 cas de	1 à 10 ans	0 décès.
15	—	10 à 20 ans	2 —
23	—	20 à 30 ans	6 —
19	—	30 à 40 ans	6 —
22	—	40 à 50 ans	15 —
17	—	50 à 60 ans	9 —
7	—	60 à 70 ans	7 —
1	—	70 à 80 ans	1 —

Si nous faisons la moyenne de ces chiffres, nous voyons qu'elle va régulièrement en croissant de 1 à 80 ans puisque le calcul nous donne :

De 1 à 10 ans.....	0	soit	0 0/0
De 10 à 20 ans.....	1/8	soit	12 0/0
De 20 à 30 ans.....	1/4	soit	25 0/0
De 30 à 40 ans.....	1/3	soit	33 0/0
De 40 à 50 ans.....	5/7	soit	70 0/0
De 50 à 60 ans.....	1/2	soit	50 0/0
De 60 à 70 ans.....	}	1	soit 100 0/0
De 70 à 80 ans.....			





TRAITEMENT



Diète lactée jusqu'au moment de la défervescence. Antisepsie intestinale. Sulfate de quinine. Extrait mou de quinquina. Thérapeutique des symptômes.

Tel fut en résumé le traitement.

Etant donnée l'absence de lésions intestinales, on put alimenter les malades très peu de temps après leur défervescence et chez la plupart la convalescence marcha rapidement.

Il n'y a pas jusqu'ici de traitement spécifique du typhus. Etant donnée la fétidité extrême des selles des malades ; et leur constipation habituelle, le naphтол à l'intérieur, les lavements au benzo-naphтол, paraissent avoir leur indication. Le sulfate de quinine chaque fois que nous l'avons employé, ne nous a pas semblé modifier sensiblement la température.

Chez nous, on n'a pas employé les bains froids, mais vu la précocité et la prédominance des symptômes nerveux, notamment chez des malades, comme l'infirmier et l'infirmière dont nous reproduisons ici les feuilles de température, malades qui, du reste sont morts tous deux, et chez lesquels les manifestations nerveuses atteignirent leur maximum, il nous semble que des bains froids n'eussent pu donner que de bons résultats.

L'antisepsie de la bouche et de la gorge, le nettoyage de la langue, répétés plusieurs fois par jour, nous paraissent indispensables, puisque nous avons presque toujours noté de l'angine et que l'on a à redouter des infections secondaires, des parotidites entre autres, dont on rencontre bon nombre d'exemples.

D'autre part, comme les malades sont débilités, affaiblis, en déchéance physiologique, non seulement du fait de la maladie, mais aussi du fait même de leurs habitudes antérieures, (puisque le typhus s'attaque aux débilités et aux miséreux), il nous semble donc indiqué de les tonifier par tous les moyens possibles et le plus tôt possible. Puisque les intestins sont indemnes, la chose est relativement facile. L'extrait mou de quinquina, le café, le vin de malaga, une nourriture appropriée contribuent largement à abréger la convalescence.

Mais, il ne faut pas l'oublier, le traitement hygiénique vient encore bien avant le traitement thérapeutique. Tout d'abord, au moindre soupçon du typhus, faire de l'isolement, mais un isolement rigoureux, mettre les

typhiques dans des pavillons isolés absolument indépendants de toute autre salle ou dépendance. C'est malheureusement ce qui n'a pas été fait à Amiens, les locaux ne le permettant pas, et où l'on se contenta de rassembler les typhiques dans une salle immédiatement contiguë à un service de médecine et de condamner la porte de communication.

S'arranger de telle sorte que les convalescents ne passent pas continuellement, comme nous l'avons vu à un certain moment, par les escaliers et les couloirs communs.

Ne pas laisser un typhique quitter l'hôpital, sans lui avoir fait prendre au préalable plusieurs bains de sublimé et fait désinfecter minutieusement ses vêtements, linge, etc.

Si l'individu est propriétaire d'une maison roulante, ne pas craindre de détruire tout ce qu'elle peut contenir de suspect et la désinfecter également soigneusement.





CONCLUSIONS

Bien des cas isolés de typhus doivent être méconnus et pris pour de la fièvre typhoïde.

Il est éminemment plus contagieux et l'isolement sévère et bien compris est absolument de rigueur sous peine de faire des victimes.

L'hyperthermie du premier jour, la marche de la fièvre, le moment de la défervescence, la manière dont elle se fait, les encoches en V, le cycle plus court de la maladie sont autant d'éléments précieux au point de vue du diagnostic différentiel.

Ajoutons à cela la nature de l'éruption, sa rapide apparition, la précocité et l'intensité des troubles nerveux, l'angine, la constipation avec douleur de la fosse iliaque gauche et enfin l'odeur typhique.

L'âge du sujet doit aussi être pris en considération

quand l'ensemble des autres symptômes plaide en faveur du typhus.

L'encombrement, le manque d'hygiène, la nourriture défectueuse, l'alcoolisme sont autant de causes prédisposantes.

C'est ce qui fait que le typhus est avant tout la maladie des miséreux et ne se rencontre pas dans la classe riche ou du moins rarement. D'ailleurs, les auteurs irlandais ont depuis longtemps remarqué que le typhus des riches n'était pas contagieux : c'est seulement dans la classe pauvre que la maladie se propage. Est-ce à dire que le typhus des riches soit d'une nature différente ? certainement non ; seulement — et cela vient confirmer notre manière de voir — ce n'est qu'une question de milieu, la plupart des individus ne présentant précisément pas, en général, cet état de réceptivité sur lequel nous avons insisté.

L'état de réceptivité des individus contaminés est donc en général manifeste.

Les cas les plus nombreux se rencontrent de 30 à 50 ans. — La convalescence marche vite.

Le pronostic est grave. — D'autant plus grave que l'éruption est plus abondante, que les accidents nerveux sont plus précoces, que la diarrhée s'établit plus tôt et que le malade, une fois passé le douzième jour, présente encore une hyperthermie accentuée.

La mortalité paraît être moindre chez les femmes que chez les hommes.

Elle est d'autant plus grande que les sujets sont

plus avancés en âge, puisque, d'après notre statistique, elle va régulièrement en croissant de 10 à 70 ans.

Le traitement thérapeutique est avant tout symptomatique.

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

